Eric Topol : « Il est temps d'en finir avec la mammographie de routine »

*Retour sur un sujet polémique : le dépistage du cancer du sein. En mars dernier, le **Dr Manuel Rodrigues** (Institut Curie, Paris) soulignait dans le blog qu'il tient sur Medscape France que « le dépistage tel qu'organisé en France, basé sur une mammographie tous les deux ans entre 50 et 74 ans, permet de réduire la mortalité spécifiquement liée au cancer du sein de 15 à 30% selon les études, soit 150 à 300 décès évités pour 100 000 femmes réalisant le dépistage ». Le motif de cette intervention était la publication d'une médiocre étude dans le British Medical Journal, qui, à partir de données remontant aux années 80, concluait à l'absence de bénéfice de la mammographie par rapport à la simple palpation [1]. Face à quoi le Dr Rodrigues défendait le dépistage comme « une avancée majeure ». « Revenir en arrière serait un énorme échec ».*

Pr Eric Topol

*A quelques semaines d'intervalle, autre son de cloche dans Medscape International, où le rédacteur en chef, **Pr Eric Topol** (Scripps University, La Jolla Etats-Unis), personnalité médicale influente aux Etats-Unis, signe un éditorial très remonté contre la mammographie de routine. En fait, les deux discours ne sont pas si opposés qu'ils le paraissent. Ainsi, de part et d'autre on situe la tranche d'âge pertinente entre 50-74 ans, même si l'on n'apprécie clairement pas de la même manière la validation de la mammographie tous les deux ans. La différence principale tient toutefois à ce que le Dr Rodrigues défend la mammographie de routine contre la seule palpation, quand Eric Topol souhaite lui voir céder le pas à un dépistage plus ciblé, sur des critères génétiques. Il est intéressant d'apprécier les nuances.*

[L'opinion qui suit a été publiée le 6 mai 2015 par Medscape International et signée par Eric J. Topol, MD - Traduction : Vincent Bargoin]

La mammographie, recette perdante

« La communauté médicale s'enorgueillit de justifier ses décisions importantes par des preuves. Mais lorsque ces preuves sont contraires à une pratique ancrée, la situation se complique. Tel est le cas des recommandations sur la mammographie. Toutes les données disponibles aujourd'hui, convergent vers un risque des mammographies de routine, significativement supérieur à leur bénéfice. S'il s'agissait d'un médicament, en aucun cas la **FDA** ne l'approuverait. L'an dernier, le **Swiss Medical Board** [Association indépendante qui «analyse et évalue les processus diagnostiques et les interventions thérapeutiques du point de vue de la médecine, de l'économie, de l'éthique et du droit » - NDLR], après avoir examiné toutes les données, a recommandé d'abolir la mammographie [2].

De son côté, la **Preventive Services Task Force** américaine (USPSTF) a dernièrement actualisé ses recommandations sur la population cible du dépistage, et la fréquence de celui-ci. Aucun argument n'a été retenu en faveur d'un dépistage de routine chez les femmes de moins de 50 ans ou de plus de 74 ans. S'agissant des femmes de 50 à 74 ans, la recommandation est d'une mammographie tous les deux ans. Comme aucune grande étude n'a jamais été menée sur la mammographie tous les deux ans, on peut s'interroger sur cette périodicité. Ce qui est disponible, en revanche, ce sont les nombreuses données sur le dépistage annuel, et elles ne sont pas en faveur de cette pratique.

Merci de ne pas diffuser ce PDF. Reproduction réalisée avec l'autorisation du CFC.

Une évaluation systématique, basée sur tous les résultats obtenus entre 1960 et 2014, montre que pour 10 000 femmes d'une cinquantaine d'années, suivies durant une décennie, seulement cinq décès par cancer du sein seront évités par la mammographie de routine [3]. En revanche, un résultat faux-positif sera obtenu chez plus de 6100 femmes, conduisant à des examens supplémentaires en imagerie, et des biopsies inutiles. Ce taux dépassant 60% montre que le dépistage est remarquablement inefficace, sans même parler du « coût » émotionnel de ces faux positifs.

Qu'en est-il des biopsies ? Une étude récente met en avant une autre imprécision : l'interprétation des biopsies quand il n'y a d'agrément entre trois pathologistes sur la présence d'un cancer que dans 75% des cas [4]. Le sur-diagnostic, qui concerne 20 à 30% des femmes présentant un résultat anormal, s'ajoute au bilan négatif de la mammographie.

En outre, ces femmes sont fréquemment opérées, et reçoivent une chimio ou une radiothérapie (ou une combinaison de tous ces traitements), même lorsqu'il n'y a que peu d'impact sur le pronostic. Les gens s'imaginent souvent que le dépistage peut leur sauver la vie, mais les données d'études contredisent cette assertion. Une étude menée à Harvard, publiée dernièrement dans *Health Affairs* démontre que le coût de ces faux positifs et du sur-diagnostic est de l'ordre de 4 milliards de $ par an [5]. Ce coût s'ajoute à un celui de la mammographie annuelle qui approche les 10 milliards de $.

Il est temps de repenser le dépistage du cancer du sein. Le dépistage de masse, mis en œuvre jusqu'à présent sous- entend que nous sommes incapables d'apprécier le risque d'une personne donnée. Au lieu d'utiliser une approche fine, basée sur l'histoire familiale et la génétique, nous avons procédé a minima en traitant toutes les femmes de la même façon. Résultat, nous nous reposons sur un test qui manque notoirement de fiabilité, mais qui en une cinquantaine d'années, est devenu un incontournable des pratiques médicales américaines. Compte-tenu des dizaines de millions de femmes à bas risque qui subissent un dépistage inutile chaque année, un taux élevé de faux positifs est inévitable, quel que soit l'examen. Et ceci concerne aussi bien des images à haute résolution, comme l'IRM, que la mammographie digitalisée ou l'échographie. Nous avons les moyens de mieux faire.

L'apport de l'histoire familiale et de la génomique

Des preuves très fortes montrent que l'histoire familiale est un aspect critique de l'évaluation du risque. Et au-delà même de cette histoire familiale, nous avons la possibilité de séquencer des gènes connus pour pouvoir porter des mutations à haut risque. Le **Dr Mary-Claire King**, qui a découvert le gène *BRCA1* [la localisation de *BRCA1* sur le chromosome 17 a été proposée par Mary-Claire King au Breast Linkage Consortium en 1990, et validé par le **Pr Gilbert Lenoir** en 1991 – NDLR], a défendu l'idée d'un dépistage des mutations à haut risque de cancer du sein et de l'ovaire chez toutes les femmes âgées de 30 ans et plus [6]. Elle a raison. Et jusqu'à un certain point, pourquoi ne pas ajouter les hommes, qui peuvent sans le savoir transmettre des mutations importantes à leur fille ?

Nous n'avions pas les moyens de mettre en œuvre cette recommandations jusqu'à ces dernière semaines, et l'annonce d'une part, d'une collaboration, dite **BRCA Share** , entre les deux plus importants laboratoires d'analyse, **Laboratory Corporation of America** et **Quest Diagnostics** [cette collaboration est en fait franco-américaine, puisqu'elle vise notamment à mieux exploiter la banque de données génétiques de l'**Inserm** - NDLR] et d'autre part, de la création d'une start-up, **Color Genomics**. Pour 249 $, Color Genomics propose le séquençage, à partir d'un échantillon de salive, des gènes *BRCA* et de 17 autres gènes impliqués dans un haut risque de cancer familial. Pour le prix d'une année de mammographies aux Etats-Unis, nous pourrions tester génétiquement plus de 56 millions de femmes. La chute des coûts du séquençage, et une approche étendue au génome entier (au lieu d'une vingtaine de gènes) sont pour demain.

Lorsqu'elle a annoncé son choix d'une mastectomie bilatérale, en 2013, **Angelina Jolie** a écrit, dans une tribune publiée par le New York Time : « Mais aujourd'hui, il est possible de rechercher, à travers un test sanguin, une forte susceptibilité au cancer du sein et au cancer de l'ovaire, et de prendre des mesures en conséquence. La vie se présente avec ses épreuves. Celles qui ne devraient pas nous effrayer sont celles auxquelles on peut se préparer et que l'on peut contrôler ». Deux ans plus tard, l'effet Angelina Jolie sur la prise de conscience dans la population, et l'invalidation par la **Cour Suprême Américaine** [en 2013] du monopole de **Myriad Genetics** sur les tests de *BRCA*, ont ouvert la possibilité

Merci de ne pas diffuser ce PDF. Reproduction réalisée avec l'autorisation du CFC.

d'une nouvelle approche. Elle ne doit pas nous faire peur. Un prélèvement sanguin n'est même plus nécessaire. Nous devrions saisir l'opportunité, l'approfondir, et exploiter les progrès en génomique pour développer un dépistage intelligent, basé sur des preuves, et plus attractif sur le plan économique. »

Le brevetage de *BRCA* : privatisation du bien public, mode d'emploi

A la fin des années 1990, la société américaine **Myriad Genetics** dépose, aux Etats-Unis et en Europe, plusieurs demandes de brevets concernant les gènes *BRCA1* et *BRCA2*.

On note que la première demande est déposée quelques jours avant la publication du Consortium international, dont faisait partie un chercheur de Myriad Genetics, et à l'insu des autres chercheurs, qui, pour leur part, ne songeaient pas à tirer profit de résultats obtenus sur fonds publics.

En 2001, l'**Office Européen des Brevets** (OEB)accorde pourtant un droit exclusif à Myriad. La société exige que tous les prélèvements réalisés dans le monde lui soient adressés pour analyse dans son usine à tests de Salt Lake City.

Moralement, le comportement de Myriad est indéfendable (aux Etats-Unis, ses liens avec la NIH feront pourtant passer la pilule). Par ailleurs, le fait qu'une entreprise d'obédience mormone mette la main sur des échantillons génétiques issus des quatre coins de la planète, interpelle peut-être certains esprits : la passion pour la généalogie est respectable, le fait qu'elle se prétende un droit de regard universel l'est moins. Enfin et surtout, le procédé de séquençage mis en œuvre est d'emblée obsolète, quoique lourdement facturé. Et cette déficience technique, combinée à des délais d'expédition des échantillons et de restitution des résultats particulièrement longs, pénalise finalement la prise en charge des patientes.

En Europe, où l'on est très conscient que savoir-faire et données de la recherche sont phagocytés par l'Utah, des protestations s'élèvent : on retiendra l'engagement du **Pr Dominique Stoppa-Lyonnet**, et de l'**Institut Curie**, de l'**Institut Gustave-Roussy**, du **Pr Jean-François Mattéi** et du **Dr Wolfgang Wodarg**, allemand, député européen.

En 2005, les fonctionnaires de l'OEB invalident le brevet de Myriad Genetics, mais le rétablissent en 2008, après que les revendications aient été revues à la baisse.

Après qu'un certain nombre d'associations de patients et de médecins américains se sont à leur tour saisi du problème, c'est finalement la **Cour suprême** américaine, qui, en juin 2013, privera Myriad de ses prétentions. VB

REFERENCES

1. Miller A, Wall C, Baines C et al. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial BMJ 2014;348:g366.
2. Biller-Andorno N, Jüni P. Abolishing mammography screening programs? A view from the Swiss medical board. *N Engl J Med*. 2014; 370:1965-196. Abstract
3. Elmore JG, Kramer BS. Breast cancer screening toward informed decisions. *JAMA*. 2014;311:1298-1299. Abstract
4. Elmore JG, Longton GM, Carney PA, et al. Diagnostic concordance among pathologists interpreting breast biopsy specimens. *JAMA*. 2015;313:1122-1132. Abstract
5. Ong MS, Mandl KD. National expenditure for false-positive mammograms and breast cancer overdiagnoses estimated at $4 billion a year. Health Aff (Millwood). 2015:34;576-583. Abstract
6. King, MC, Levy-Lahad E, Lahad A. Population-based screening for BRCA1 and BRCA2. 2014 Lasker Award. *JAMA*. 2014;312:1091-1092. Abstract

Merci de ne pas diffuser ce PDF. Reproduction réalisée avec l'autorisation du CFC.

Maîtrise des doses de rayonnements ionisants : peut mieux faire, selon l'ASN

Les rayonnements ionisants utilisés dans l'imagerie médicale sont la deuxième source d'exposition de la population française (après les rayonnements naturels) et leur progression est incessante, avec les progrès en scanographie ou dans de nombreuses spécialités interventionnelles.

L'Agence de sûreté nucléaire (ASN) estime que l'application des principes d'optimisation (diffuser la dose de rayonnement la plus basse) et de justification (les avantages sanitaires, sociaux, économiques ou scientifiques doivent être évidents), qui doit présider à chaque examen, reste insuffisante. Elle réaffirme la nécessité de faire de la maîtrise de ces expositions médicales une nécessité, dans son dernier bilan.

85 % des mesures recommandées sont engagées

En janvier 2015, le programme d'imagerie médicale lancé en 2010 est engagé à environ 85 %. L'ASN salue la mobilisation des pouvoirs publics et des sociétés savantes, qui a permis d'élaborer ou d'actualiser des guides de bonne pratique, de définir des doses d'alerte pour le suivi des patients pour les actes les plus irradiants, ou encore d'émettre des recommandations pour le suivi après un acte interventionnel radioguidé.

L'Agence reconnaît aussi des progrès en termes de formation. Celle des radiophysiciens a été renforcée ; et des enseignements sur la radioprotection des patients sont apparus dans les formations universitaires des médecins, en particulier des spécialistes, tandis que la formation continue, obligatoire depuis 2004, est en cours de refonte, vers une extension à l'ensemble des professionnels de santé.

L'ASN suggère d'aller plus loin dans le développement de la formation des médecins demandeurs d'actes d'imagerie médicale (pour une meilleure justification) et dans l'évaluation des pratiques professionnelles.

Des équipements trop peu rénovés

En revanche, l'ASN dénonce la persistance des insuffisances en matière de ressources humaines en imagerie médicale. Si les physiciens médicaux sont deux fois plus nombreux aujourd'hui qu'en 2006, leur présence lors des procédures interventionnelles et en scanographie reste limitée. La manipulation des générateurs de rayonnements X dans les blocs opératoires est trop souvent faite par du personnel non habilité. L'ASN demande un encadrement réglementaire des conditions d'intervention des infirmiers dans les blocs.

Enfin, le domaine des équipements et de la sécurité des installations est très clairement à la traîne, avec un parc d'IRM trop peu déployé. L'agence demande leur modernisation, dans le sillage de la directive Euratom 2013 du 5 décembre 2013 qui fixe de nouvelles normes de base (comme l'obligation d'avoir un dispositif d'indication de la dose sur les appareils), en cours de transposition. Elle précise également que des travaux seront conduits en 2015-2016 pour accompagner les agences régionales de santé dans la définition des besoins de leur territoire en termes d'équipements, et dit attendre beaucoup du 3e plan cancer

Coline Garré

Merci de ne pas diffuser ce PDF. Reproduction réalisée avec l'autorisation du CFC.

PORTRAIT. Stanislas Dehaene, le déchiffreur de cerveau

Ce spécialiste des sciences cognitives utilise les progrès de l'imagerie médicale pour affiner la connaissance des fonctions cérébrales.

Stanislas Dehaene a toujours aimé les chiffres. ©BALTEL/SIPA

Des petites lunettes et un enchevêtrement de chiffres sous une tête chauve. Voici comment les dessinateurs aiment à représenter Stanislas Dehaene, tout juste 50 ans, pionnier de la recherche sur les bases cérébrales du calcul et de la lecture. Son bureau est niché derrière l'étrange sinusoïde d'acier — une onde cérébrale figurée — de Neurospin, le centre de recherche de pointe du CEA situé à Saclay (Essonne). C'est ici, dans un modeste bureau où un triptyque de Marilyn accroché au mur toise des équations tracées sur un tableau blanc, que ce chercheur hors pair pourrait bien découvrir un jour les secrets de la conscience.

Stanislas Dehaene a toujours aimé les chiffres. Brillant élève en mathématiques, il quitte son Nord natal à 17 ans à peine pour intégrer l'École normale supérieure (ENS) de Paris. *"Dès la première semaine, j'ai compris que je voulais résoudre des problèmes expérimentaux et étudier le cerveau ! Je rêvais de créer une intelligence artificielle"*, explique-t-il. Son père, chercheur reconnu pour ses travaux sur l'alcoolisme fœtal, féru d'expérience scientifique, n'y est probablement pas étranger. À l'ENS, le jeune homme se rapproche donc de Jacques Mehler, pionnier des sciences cognitives, qui entretient alors un vif débat avec Jean-Pierre Changeux, l'un des neurobiologistes les plus réputés au monde, professeur au Collège de France. *"Pour résoudre notre différend, qui portait sur l'apport de la neuroscience à la psycho-linguistique, nous avons décidé de travailler ensemble et de prendre pour cela un étudiant en commun"*, se souvient Jean-Pierre Changeux. C'est ainsi qu'un matin, l'étudiant Dehaene est convoqué par le maître. *"Stanislas a retenu mon attention parce qu'il avait une formation mathématique et une grande vivacité d'esprit"*, note-t-il. Affaire conclue !

Entre modèles théoriques et psychologie expérimentale

L'étudiant *"très intimidé mais aux anges"* va désormais naviguer entre la psychologie expérimentale enseignée par Mehler et les modèles théoriques en neurobiologie de Changeux. Il profite de cette confrontation pour se forger ses propres convictions : « J'étais persuadé que leurs conceptions évolueraient radicalement le jour où l'on pourrait observer les fonctions cognitives dans le cerveau. » L'histoire va lui donner raison. En 1988, le psychologue américain Michael Posner démontre que l'on peut visualiser des réseaux de reconnaissance des mots en utilisant le PET scan (tomographie par émission de positon), un examen d'imagerie médicale. *"Un breakthrough [une percée] extraordinaire !"* Dès lors, la véritable épopée scientifique de Stanislas Dehaene commence.

Merci de ne pas diffuser ce PDF. Reproduction réalisée avec l'autorisation du CFC.

L'explorateur a besoin de compagnons d'aventure. Stanislas Dehaene va ainsi, au fil des années, s'entourer de collaborateurs fidèles. Vingt-cinq ans après, ce sont quasiment toujours les mêmes. *"Quand les chercheurs sont bons, on les garde !"* Il embarque avec lui Laurent Cohen, neurologue à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris. L'ami — *"avec qui j'ai appris à naviguer en voilier, à travers le monde"* — va lui donner accès au graal : les patients. *"Il m'a fait rencontrer des cas cliniques très particuliers, comme des lésions cérébrales qui provoquaient des acalculies* [perte de l'intuition du nombre]*."* À coups d'expérimentations et d'imagerie, ils vont alors décrypter peu à peu les circuits cérébraux impliqués dans le calcul. Puis, pour ce boulimique de lecture qui dit dévorer *"tout ce qui* [lui] *tombe sous la main, Nabokov, Borges, Perec, Proust mais aussi de la BD et la science-fiction"*, le passage des nombres aux mots va de soi. Il révèle alors les bases cérébrales de la lecture et enfin de l'écriture et se lance lui-même dans la rédaction de livres à succès. Dans les années 2000, Lionel Naccache, autre neurologue de la Pitié-Salpêtrière, monte à bord. Ensemble, ils réalisent les premières images cérébrales de l'invisible : le traitement subliminal des chiffres et des mots. Une révolution, qui ouvre les portes de la conscience.

Son but ultime : découvrir le "code neuronal"

"Découvreur", *"créatif"*, ces adjectifs qu'on lui attribue souvent lui conviennent. *"Pionnier sans doute, j'ai souvent eu la chance de pouvoir ouvrir de nouvelles voies. Car tout est possible avec l'imagerie cérébrale !"* Il la compare à un télescope *"que l'on peut pointer n'importe où dans le ciel"*. Au risque, il l'admet, de se disperser. *"Il a très bien réussi, mais il ne faut pas qu'il se laisse séduire par sa réussite,* taquine son mentor Jean-Pierre Changeux. *Comme le disait Francis Ponge "le plus difficile pour le poète est de suivre son goût"."*

Son goût, pour l'heure, c'est l'étude du sommeil et des liens entre langage et conscience. *"Il s'est produit quelque chose dans le cerveau humain au cours de son évolution qui lui a donné accès à un niveau plus profond de représentation du monde, des autres et de soi-même. Cela l'a fait accéder à la conscience"*, avance Stanislas Dehaene. Un "code neuronal" nouveau serait ainsi apparu brutalement. *"J'ai encore vingt ans devant moi pour le découvrir !"*, ajoute-t-il.

D'où viennent nos perceptions, nos sentiments, nos illusions, nos rêves ? Où s'arrête le traitement mécanique de l'information et où commence la prise de conscience ? L'esprit humain est-il suffisamment ingénieux pour comprendre sa propre existence ? Autant de questions explorées par Stanislas Dehaene dans son livre Le Code de la conscience publié aux éditions Odile Jacob

Un coup d'œil à sa montre. Le chercheur revêt manteau et feutre noirs. Il a le pas rapide et l'agenda serré. Dans le hall, il montre avec fierté l'emplacement du département dédié à la recherche sur le cerveau du bébé, royaume de la pédiatre Guislaine Dehaene, son épouse. Et la mère de ses trois fils, *"deux polytechniciens et un ingénieur"*. Que l'aîné se soit spécialisé dans les modèles mathématiques du cerveau et de l'apprentissage l'enchante. *"On ne parle pas que cerveau à la maison, je vous assure !"*, ajoute-t-il en riant. On a du mal à le croire.

Elena Sender

Merci de ne pas diffuser ce PDF. Reproduction réalisée avec l'autorisation du CFC.

Hôpital sous tension: Hirsch tente de rouvrir le dialogue

Le directeur de l'AP-HP Martin Hirsch le 12 janvier 2015 à Paris (AFP/Kenzo Tribouillard)

Face à la colère déclenchée par son projet de réorganisation du temps de travail, le directeur général de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris va tenter de renouer le dialogue mardi avec les syndicats qui, très sceptiques, prévoient déjà de nouvelles mobilisations.

Gonflée à bloc par le "succès" d'une grève jeudi dernier, suivie par 50% des agents selon les syndicats, 34% selon la direction, l'intersyndicale (CGT, SUD, FO, CFDT, CFE-CGC, CFTC, Unsa) affirme que "la colère gagne". Pour entretenir le rapport de forces, elle a arrêté un calendrier de "nouvelles actions" jusqu'à la mi-juin, à commencer par une nouvelle manifestation parisienne jeudi, jour initialement fixé pour le début de la négociation. Mais "il y a de fortes chances pour que les salariés se mobilisent dès mardi" dans grand nombre d'établissements, couverts par les préavis de grève illimités déposés par la plupart des syndicats, affirme Olivier Youinou (Sud Santé).

TT, jours de congés exceptionnels octroyés pour la fête des mères ou l'ancienneté: les syndicats redoutent que la remise à plat envisagée (par exemple via une réduction des plages horaires journalières) n'entraîne la suppression de jours de repos et l'accroissement de la charge de travail. Actuellement, plus de 60% des agents travaillent 7h36 par jour (38 heures/semaine) ou 7h50 (39h10), avec un nombre de RTT allant de 18 à 20 jours par an, auxquels s'ajoutent des journées propres à l'AP-HP. Mais en raison du manque de personnel, les journées non prises s'accumulent sur les comptes épargne temps. Un stock évalué à 74,7 millions d'euros fin 2014, selon la direction.
Une réorganisation du temps de travail des quelque 75.000 personnels (hors médecins) des 38 établissements de l'AP-HP permettrait d'économiser 20 millions d'euros et de préserver plus de 4.000 postes en 4 ans, de même source.
Les médecins, qui disposent d'un statut particulier, ne sont pas concernés. L'état des lieux de la direction a été rejeté par les syndicats. Cependant, la plupart sont favorables à une réorganisation du travail car les personnels sont de l'avis de tous éreintés. "Les RTT, c'est pour souffler", proclamaient jeudi les milliers d'agents dans la rue (5.000 selon la police, 8.000 selon les syndicats).

'Mayonnaise' de Hirsch

Pour tenter d'éteindre les inquiétudes, Martin Hirsch a proposé aux organisations syndicales une "base nouvelle" de négociation, mettant "au centre des discussions les améliorations des conditions de travail et de l'organisation du travail" dès mardi. Il s'agit d'un "premier rendez-vous" pour "discuter méthode", explique à l'AFP l'institution qui ne confirme, ni n'infirme la tenue d'une réunion jeudi. Les organisations restent très méfiantes.

Dans sa communication jeudi, "Martin Hirsch ne fait plus référence à 20 millions d'économies. Est-ce un signe ? Un oubli ? On ose espérer que c'est le premier signe (qu'il) entend les revendications des

Merci de ne pas diffuser ce PDF. Reproduction réalisée avec l'autorisation du CFC.

salariés", pointe M. Youinou (SUD). "Nous irons tous mardi à cette réunion, on verra bien ce que nous dira notre directeur général", mais "pour l'instant, nous avons une direction qui avance cachée, qui est dans la tartufferie", estime Didier Choplet (CFDT). Le délégué demande à M. Hirsch de "ne pas pousser la bonne volonté des agents", qui "font du travail en plus des 35 heures". Il évoque la question des débordements d'horaires "ni payés, ni récupérés". Quand l'institution recense, selon lui, l'équivalent de 450 emplois de "travail bénévole", il estime qu'il faut tripler ce nombre.
Pour Rose May Rousseau (CGT), les intentions affichées par M. Hirsch ne sont que de la "mayonnaise", "un peu de je t'embrouillle" dans une "assiette" de propositions visant à faire "des économies substantielles sur le dos des personnels".
"Martin Hirsch a ma confiance pour poursuivre les discussions avec les organisations syndicales", a déclaré vendredi la ministre de la Santé Marisol Touraine, en "regrett(ant) que certains aient voulu présenter le débat comme un débat sur les 35 heures, alors que le gouvernement est fermement attaché à cette durée légale du travail".

Merci de ne pas diffuser ce PDF. Reproduction réalisée avec l'autorisation du CFC.

Cobayes en fac de médecine : deux étudiantes portent plainte

Faut-il que les étudiants en médecine servent de cobayes à leurs camarades ? C'est la question que tout le monde médical se pose après la plainte déposée par deux étudiantes américaines. Les deux jeunes filles auraient été contraintes de subir une échographie endovaginale à peine vêtues d'une serviette devant une partie de leurs collègues et professeurs.

En médecine, pour apprendre il faut pratiquer

Il est clair que lorsque l'on étudie la médecine, il faut pratiquer pour apprendre. Dans les facultés de médecine américaines, les étudiants doivent effectuer leurs premiers diagnostics en s'entraînant sur leurs propres collègues. Ce fait n'avait jamais interpellé personne jusqu'à ce que deux étudiantes du Valencia College d'Orlando en Floride (États-Unis) portent plainte après avoir été forcée de subir une échographie endovaginale devant une partie de leur classe. Selon CNN, qui a rapporté l'information, la plainte viserait l'Université et trois de ses professeurs qui n'ont pas tenus à s'exprimer sur la question.

Selon l'Université, subir elles-mêmes ces échographies serait bénéfique pour leur apprentissage. Encore selon elle, les étudiantes qui reçoivent ce genre d'apprentissage sont toujours volontaires. Oui mais voilà, selon les deux étudiantes cette fois-ci, l'Université les aurait menacées d'être freinées dans leurs études ou d'être inscrites sur « liste noire » auprès de leur futurs employeurs si elles n'acceptaient pas de se prêter à l'examen.

Servir de cobaye : un traumatisme

Ce qui choque le plus, ce sont les conditions dans lesquelles les jeunes filles ont subi ces exercices. Les deux étudiantes ont dû traverser la salle en présence de leurs collègues et professeurs couvertes uniquement d'une serviette. Elles ajoutent le sentiment de gêne profonde face aux réflexions et commentaires des professeurs ainsi que les attouchements réalisés pour faciliter le passage de la sonde.

Selon l'avocat des étudiantes, les premier et quatrième amendements de la Constitution ont été violés, les plaignantes auraient subi des « *dommages psychologiques importants* ». Suite à la plainte, l'Université assure mettre tout à œuvre pour qu'à l'avenir les examens de ce type soient réservés au volontariat uniquement et supervisé avec plus de précautions.

Les étudiants doivent-ils devenir les cobayes de leurs camarades pour progresser en médecine ? Bien que les règles d'apprentissage ne soient pas prêtes d'être changées, cette polémique relance le débat…

Charlotte Cannone

Merci de ne pas diffuser ce PDF. Reproduction réalisée avec l'autorisation du CFC.